

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (Österreich)

(LV_AVB_BV_A.2301)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

VAG: Deutsches Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

VersVG: Österreichisches Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VersVG)

Den Text der jeweils zitierten Gesetzesparagraphen können Sie im Internet unter www.ris.bka.gv.at für österreichische Gesetze und unter www.gesetze-im-internet.de für deutsche Gesetze abrufen. Alternativ können Sie die Texte auch bei uns anfordern.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung ERL-BU. Damit sind die Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen gemeint.

Abgeschlossen wurde der Vertrag durch die HDI Lebensversicherung AG, Direktion für Österreich, Dresdner Str. 91, 1200 Wien.

Versicherer ist die HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln, Deutschland.

Gliederung

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

§ 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 6 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 7 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 10 Wann erhalten Sie eine Einmalzahlung zum Ende der Leistungspflicht?

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

III. Überschussbeteiligung

§ 13 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

§ 14 Welche Besonderheiten gelten vor Leis-

tungsbeginn?

§ 15 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

IV. Prämienzahlung

§ 16 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

§ 17 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

§ 18 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

§ 19 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

§ 20 Wann können Sie Ihre Versicherung prämiengleich stellen?

V. Vorzeitige Beendigung

§ 21 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VI. Sonstiges

§ 22 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

§ 23 Was sind die Vertragsgrundlagen und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

§ 24 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Sofern Sie mit uns vereinbart haben, dass sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz erhöht (garantierte Rentensteigerung), erfolgt diese Erhöhung erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres). In Ihrem Versorgungskonzept bzw. im Versicherungsschein nennen wir Ihnen den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung. Tritt nach einem Wegfall der Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ein, so bleiben bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht erhalten.

(2) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht frühestens an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst, wenn sämtliche der nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.

c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, wird keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämienersatzung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Wenn Sie es in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf Antrag in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird.

Wenn Sie die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraumes nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital, sofern dies in ausreichender Höhe vorhanden ist. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 9 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 7)

b) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 8 bis 12)

c) Berufsunfähigkeit infolge von Demenz (Absatz 13).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers führt daher nicht automatisch zu einem Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

Bitte beachten Sie: Nach Eintritt unserer Leistungspflicht gilt:

- Wir überprüfen nicht nur, ob die versicherte Person weiterhin mindestens zu 50 % außer Stande ist, ihrem Beruf nachzugehen. Dabei legen wir den zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf zugrunde, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

- Zusätzlich prüfen wir auch, ob die versicherte Person konkret auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden kann. Eine konkrete Verweisung ist nur dann möglich, wenn die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben hat und diese einsetzt.

In beiden Fällen können wir die Leistungen einstellen. Die gesamte Regelung finden Sie in § 9.

(3) Hat ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen ist zusätzlich Folgendes zu beachten:

a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;

b) bei Selbständigen ist die berufliche Tätigkeit als "Selbständiger" dadurch geprägt,

- dass diese in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten grundsätzlich keiner Fremdbestimmung unterworfen sind und

- dass ihnen das betriebliche Direktionsrecht zukommt, wonach sie allein darüber bestimmen können, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen und das ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis einräumt.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Gestaltung der beruflichen Tätigkeit entspricht daher der Beruf "der Leitung des Betriebes unter eigener Mitarbeit an einer von dem Selbständigen bestimmten Stelle."

Wenn Selbständige ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt, da der Beruf auch dann noch gemäß dieser Bedingungen ausgeübt wird, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit nicht vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person auf Grund ihres unternehmerischen Freiraumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?" der ERL-BU.

Wenn Sie uns nachweisen, dass einer der folgenden Fälle vorliegt, verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation:

- Die versicherte Person hat in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgehend weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

- Die versicherte Person hat eine abgeschlossene akademische Ausbildung. Sie hat mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in ihrer täglichen Arbeitszeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in einem der folgenden Kammerberufe tätig: Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter. Die versicherte Person hat zu diesem Zeitpunkt weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Einzelpraxis oder einer Praxisgemeinschaft beziehungsweise Praxisorganisationsgemeinschaft tätig. Sie beschäftigt keine weiteren approbierten Mitarbeiter.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in

einer Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Kein weiterer Partner oder angestellter approbierter Mitarbeiter der Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft ist auf dem Fachgebiet der versicherten Person - auch nicht teilweise - tätig.

Bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten gilt unabhängig von der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter: Wir berufen uns nicht auf eine Umorganisation, wenn und solange Sie uns nachweisen, dass eine konkrete Umorganisation nicht erfolgt ist.

c) bei Schülern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Schüler konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern.

d) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufes zu Grunde gelegt, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die Feststellung der Berufsunfähigkeit auf der Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mentalischen Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszubühnenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten.

e) bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes.

(5) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer die Arbeitszeit ihres zuletzt ausgeübten Berufs aus gesundheitlichen Gründen, gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und den ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung der Arbeitszeit ausgestaltet waren, zugrunde.

(6) Reduziert die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,
- auf weniger als 30 Arbeitsstunden wöchentlich

und sind seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- weniger als 5 Jahre vergangen sowie

- 30 Arbeitsstunden wöchentlich nicht überschritten worden,

gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und Ihren zuletzt

ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung ausgestaltet waren, zugrunde.

Reduziert die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,

- auf weniger als 30 Arbeitsstunden wöchentlich

und sind seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- mehr als 5 Jahre vergangen

gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit ausgestaltet sind, zugrunde.

(7) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so ist für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 6 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf mit dessen Lebensstellung maßgebend.

(8) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens einem Pflegepunkt nach den Absätzen 10 bis 12 pflegebedürftig sein wird.

(9) Hat ein Zustand der in Absatz 8 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(10) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

b) Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

c) An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriff oder Wannelift - von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(11) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 10 ist mehr als ein Pflegepunkt erreicht, wenn die versicherte Person

a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder

b) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann (Bewahrung) oder

c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(12) Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit führen vorübergehende akute Erkrankungen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

(13) Die versicherte Person ist berufsunfähig infolge von Demenz, wenn eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen

- ab einem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder

- ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala

vorliegt.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie die erste Prämie (Einlösungsprämie) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrags in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines erklärt haben. Vor dem im Antrag angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle personenbezogenen Daten (beispielsweise Alter und Geschlecht der versicherten Person) richtig angeben und alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten.

Sofern Sie die Gefahrumstände anhand in geschriebener Form, von uns gestellter Fragen anzuzeigen hatten, können wir wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Fall arglistiger Anzeigepflichtverletzung zurücktreten.

Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt unwirksam. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben im Wege der arglistigen Täuschung auf unsere Annahmensecheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Unser Recht zur Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir nur innerhalb von 10 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben.

(5) Ist die Versicherung auf Ihr Leben abgeschlossen, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter (§ 6) als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung nach Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht entgegenzunehmen, sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen. Ist keine der vorgenannten bevollmächtigten Personen rechtzeitig zu ermitteln, so genügen die gesetzlichen Erben unter der letzten bekannten Anschrift des Versicherungsnehmers jeder einzeln als bevollmächtigt für alle.

(6) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung hinsichtlich der neu gemachten Angaben entsprechend. Die jeweilige Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wieder in Kraft gesetzten Teils neu zu laufen.

(7) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, erlischt die Versicherung ohne Wert. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

(8) Wir verzichten auf das Recht nach § 41 VersVG, auf Grund des erhöhten Risikos die Prämien zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen, falls bei Vertragsabschluss gefährliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt wurden.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie beispielsweise Ärzte ohne Grenzen);

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttö-

tung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes des Katastrophenschutzes der Republik Österreich oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 6 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Sie können die Einräumung und den Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag verlangen, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Solche Erklärungen sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) vorgenommen haben.

(3) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das von ihm angegebene Konto. Bei einem Konto außerhalb der EU und außerhalb der Schweiz erfolgt die Überweisung auf Kosten und Gefahr des Empfangsberechtigten.

§ 7 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, können wir von dem Anspruchserhebenden verlangen, dass er uns jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsoblie-

genheit), und dass er uns alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus ist uns von dem Anspruchserhebenden die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuweisen. Hierfür sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 7:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen, und

- sofern die versicherte Person selbständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebes.

b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 8 bis 12:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

c) bei einer Berufsunfähigkeit infolge von Demenz nach § 2 Absatz 13:

- Unterlagen und Testungen der behandelnden Fachärzte und Psychologen, die eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen nach § 2 Absatz 13 belegen.

Die einzureichenden Unterlagen gemäß Absatz 1 a), 1 b) bzw. 1 c) erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise gemäß Absatz 1 a), 1 b) bzw. 1 c) hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie Nachweise verlangen über

a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen sowie

b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und

c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten und Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur oder Krankengymnasten), Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden beizubringen.

(3) Wir können außerdem zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Auf dem Gebiet der Psyche können wir zusätzlich Testungen durch von uns beauftragte Psychologen verlangen.

Hierfür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Reisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und - falls erforderlich - Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

(4) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. die Minderung der Berufsunfähigkeit nach BU-Eintritt anzuzeigen. Sie sind zudem nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Sie können, zwei Monate nachdem Sie die Versicherungsleistung beantragt haben, von uns eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Leis-

tungsumfanges noch nicht beendet werden konnten. Wenn wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats nachkommen konnten, wird die Versicherungsleistung fällig.

(3) Grundsätzlich sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis, für die Zukunft von bis zu zwölf Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn

a) zur Beurteilung der gesundheitlichen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gegebenheiten für ein unbefristetes Leistungsanerkenntnis gemäß § 2 noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertungen erforderlich sind,

b) davon auszugehen ist, dass sich die gesundheitliche oder berufliche bzw. betriebliche Situation bis zum Ablauf des befristeten Anerkenntnisses so weit verbessern bzw. ändern wird, dass ein Ende der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 zu erwarten ist,

c) die versicherte Person eine Rehabilitations-, Weiterbildungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist,

Sprechen wir ein zeitlich befristetes Anerkenntnis mit der Begründung gemäß a) aus, so werden wir während der Dauer der zeitlichen Befristung die Erstprüfung fortsetzen. Erkennen wir unsere Leistungspflicht an, so werden die aus dem zeitlich befristeten Anerkenntnis gezahlten Leistungen auf die Berufsunfähigkeitsleistungen angerechnet.

Sprechen wir ein zeitlich befristetes Anerkenntnis mit der Begründungen b) oder c) aus, wird die Prüfung der Berufsunfähigkeit beendet. Mit dem zeitlich befristeten Anerkenntnis sind die Ansprüche aus der dieser zugrunde liegenden Meldung der Berufsunfähigkeit abgegolten. Ein weiterer Anspruch aus gleichem medizinischen Grund über die Befristung hinaus muss erneut geltend gemacht werden.

Eine Rückforderung von Leistungen aus dem befristeten Anerkenntnis werden wir nicht vornehmen.

(4) Auf Ihren Antrag hin werden wir in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, ein einmalig auf 15 Monate befristetes Anerkenntnis aussprechen, sofern bei der versicherten Person

- eine Krebserkrankung gemäß Absatz 5,

- eine vollständige Erblindung gemäß Absatz 6 oder

- vollständige Taubheit gemäß Absatz 7 vorliegt.

Voraussetzung für die befristete Anerkennung ist, dass der Vertrag zum Zeitpunkt der ersten Diagnose bzw. des ersten Befundes mindestens seit sechs Monaten prämienpflichtig bestand.

Den Antrag müssen Sie in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, stellen. Wird der Antrag später als sechs Monate nach

- der Erstdiagnose der Krebserkrankung bzw.

- dem Erstuntersuchungsbefund der vollständigen Erblindung bzw.

- dem Erstuntersuchungsbefund der vollständigen Taubheit

gestellt, besteht kein Anspruch auf ein befristetes Anerkenntnis. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Meldung nicht verschuldet worden ist.

Bis zum Ablauf der Frist sind wir an dieses Anerkenntnis gebunden. Dies bedeutet, dass unsere Leistungen nicht enden, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf der 15 Monate verbessern sollte.

Im Anschluss an unsere Erklärung zum befristeten Anerkenntnis führen wir die Leistungsprüfung fort. Spätestens zum Ende des auf 15 Monate befristeten Anerkenntnisses geben wir gemäß Absatz 1 endgültig eine Erklärung ab, ob wir die Leistungspflicht unbefristet anerkennen.

Unabhängig davon erkennen wir unsere Leistungspflicht unbefristet an, wenn dies nach Aktenlage sachlich geboten ist.

(5) Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn die versicherte Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens ein Tochtergeschwulst, entstanden durch die Absiedlung bösartiger Tumorzellen aus dem Ursprungstumor (Metastase), beispielsweise in Lymphknoten, Knochen oder Lunge, festgestellt wurde oder

- sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie befindet.

Den Nachweis müssen Sie durch Vorlage eines onkologischen Facharztberichtes führen. Dieser Bericht muss den Zeitpunkt der Erstdiagnose, Art und Ausbreitung der Krebserkrankung mit Angabe des Krankheitsstadiums sowie den Behandlungs- bzw. Therapieplan enthalten.

(6) Vollständige Erblindung liegt vor, wenn das Sehvermögen auch nach Einsatz von Hilfsmitteln so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge

- nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder

- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Brille oder Kontaktlinsen.

Den Nachweis müssen Sie über einen augenärztlich bescheinigten Sehtest bzw. das Ergebnis einer Gesichtsfelduntersuchung erbringen.

(7) Vollständige Taubheit liegt vor, wenn

- auch unter Nutzung von Hilfsmitteln eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren besteht und

- Sie uns mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) eines Hals-Nasen-Ohrenarztes einen Hörverlust von jeweils mindestens 60 Dezibel nachweisen.

Ein geeignetes Hilfsmittel ist z. B. ein Hörgerät.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Eintritt unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5 nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben hat. Dies kann beispielsweise durch Umschulung, Einarbeitung (Training on the Job) oder Fortbildungen jeglicher Art wie Besuch von Kursen, Seminaren oder Vorträgen erfolgt sein. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen (konkrete Verweisung):

a) Die versicherte Person übt eine neue berufliche Tätigkeit aus und setzt hierbei diese neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse ein.

b) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

c) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht. In wirtschaftlicher Hinsicht ist das dann der Fall, wenn die Vergütung für die neue berufliche Tätigkeit nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit liegt. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der Beruf zu einer Einkommensminderung von weniger als 20 % des Einkommens aus Erwerbstätigkeit (vor Abzug von Steuern) führt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, würden diese Grenzen zu beachten sein. Im begründeten Einzelfall kann eine geringere Zumutbarkeitsgrenze berücksichtigt werden.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fortauern würde.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 7 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Auf dem Gebiet der Psyche können wir zusätzlich Testungen durch von uns zu beauftragende Psychologen verlangen. Die Regelungen des § 7 Absätze 2 bis 3 gelten entsprechend.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang

unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden.

(4) Bei Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit und Demenz beschränken wir unsere Nachprüfungen auf einen Nachweis, dass die versicherte Person noch lebt.

(5) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 8 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 10 Wann erhalten Sie eine Einmalzahlung zum Ende der Leistungspflicht?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse wieder eine Tätigkeit gemäß § 9 konkret ausübt, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht eine Wiedereingliederungshilfe.

(2) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person ihren Betrieb erstmals zumutbar umorganisiert hat oder umorganisieren könnte, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht eine Umorganisationshilfe.

(3) Als Wiedereingliederungs- bzw. Umorganisationshilfe zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt aber höchstens 12.000 EUR. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente.

(4) Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungs- bzw. Umorganisationshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruchs die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Monate beträgt.

(5) Wenn bei der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten.

(6) Die Wiedereingliederungshilfe und die Umorganisationshilfe können während der Dauer dieser Versicherung mehrmals geleistet werden. Sie können aber nicht gleichzeitig für denselben Leistungsfall geleistet werden.

(7) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme endet, so beteiligen wir uns an den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bis zu einer Höhe von drei Monatsrenten, höchstens jedoch 3.000 EUR, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden. Diese Leistung kann während der Dauer der Versicherung nur einmal in Anspruch genommen werden. Den Nachweis, dass die Kosten nicht von einem Dritten übernommen wurden, haben Sie als Versicherungsnehmer zu erbringen.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 7 oder § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Empfang zu nehmen.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 6 Absatz 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen Zustimmung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, vorliegt.

III. Überschussbeteiligung

§ 13 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die garantierten Versicherungsleistungen können sich um Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhöhen. An den entstehenden Überschüssen und an den Bewertungsreserven werden wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes nach folgenden Grundsätzen und Maßstäben beteiligen.

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Rentenhöhe müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung der Kapitalanlagen (Zinsen), des Risikoverlaufs und der Kosten zugrunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Rentenhöhe angenommenen

a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoeergebnis),

b) Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis) und

c) Nettoerträgen der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

können Überschüsse entstehen. Allerdings ist nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

(3) Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

An den sich daraus ergebenden Überschüssen werden die Versicherungsnehmer auf der Grundlage der deutschen Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. können auch mehrere zusammengefasst werden) orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen. Die Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge richtet sich nach der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung. Gemäß § 140 Absatz 1 deutsches VAG darf diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden; mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist auch eine anderweitige Verwendung (derzeit z. B. zur Abwendung eines drohenden Notstandes im Interesse der Versicherungsnehmer, oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste auf Grund von allgemeinen Änderungen der Verhältnisse, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen) möglich.

(5) Die Versicherungsnehmer werden bei Rentenbeginn sowie während eines Rentenbezugs an den Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, gemäß § 153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes beteiligt.

(6) Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle und Kosten benötigt werden. Für die Bildung weiterer Kapitalerträge stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

(8) Die Höhe der Bewertungsreserven wird zu monatlichen Stichtagen ermittelt, die für jeweils ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt werden.

Die Höhe der Bewertungsreserven zum Bilanzstichtag sowie die maßgeblichen Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden im Geschäftsbericht veröffentlicht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

(9) Während des Rentenbezugs erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven entsprechend der Regelungen, die vertraglich für die Verwendung der Überschüsse vereinbart wurden.

(10) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbands, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist (Gewinnanteile). Die Mittel für die Gewinnanteile werden bei der Direktgutschrift aus dem Ergebnis des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Gewinnanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Gewinnanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

(11) Die Gewinnanteile ergeben sich aus der Multiplikation von Gewinnanteilsätzen mit bestimmten Bezugsgrößen.

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile vor und ab Leistungsbeginn enthalten die beiden nachfolgenden Paragraphen.

Soweit die Gewinnanteile zur Leistungserhöhung aus der Überschussbeteiligung verwendet werden, sind hierfür die bei Zuteilung für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen maßgeblich. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf und Kosten.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) In dem vorangehenden Paragraphen haben wir beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

Vor Leistungsbeginn können jährlich Risikogewinne anfallen, die sich je nach der gemäß Absatz 2 gewählten Gewinnzuteilungsform in Prozent der Prämie ohne Berücksichtigung von Gewinnanteilen (prämienpflichtige Versicherungen mit Gewinnzuteilungsform A) bzw. der Risikoprämie zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres (in allen anderen Fällen) bemisst. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt neben den Risikogewinnen auch Kosten- und bei prämienpflichtigen Versicherungen zusätzlich Zinsgewinne oder -verluste.

(2) Diese Risikogewinne werden entsprechend der im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten von Ihnen gewählt und in Ihrem Versorgungskonzept bzw. im Versicherungsschein dokumentierten Gewinnzuteilungsform verwendet.

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeitsversicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3.

b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

(3) Bei prämienfreien Versicherungen können außerdem Zinsgewinne in Prozent des Deckungskapitals für die versicherte Leistung und des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs entstehen.

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen und als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwenden. Diese Erhöhung wird nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(4) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 0,1 % des gebildeten Rentenzuwachses.

§ 15 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

(1) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente bilden wir jährlich einen Rentenzuwachs, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und

des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Die Leistungserhöhung finanziert sich aus dem Ihrer Versicherung zugeteilten Gewinnanteil, der entsprechend den Regelungen des § 13 sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste berücksichtigt. Daher können der Gewinnanteil und der Rentenzuwachs den Wert Null annehmen. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres), wird nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

Haben Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung gemäß § 1 Absatz 1 b) vereinbart, bemisst sich der jährliche Rentenzuwachs in Prozent der um den vereinbarten Prozentsatz erhöhten Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus, der erreichten garantierten Rentensteigerungen und des erreichten Rentenzuwachses. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag, wird nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, berechnet und ist für die Zukunft garantiert. Der Rentenzuwachs erhöht sich nach dem Zuteilungszeitpunkt zu jedem folgenden Versicherungstichtag garantiert um den vereinbarten Prozentsatz seines Vorjahreswertes.

(2) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 3 % des gebildeten Rentenzuwachses.

IV. Prämienzahlung

§ 16 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

(1) Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Prämienzahlung (laufende Prämien) entrichten. Die Wahl der Prämienzahlweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Prämien, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz zahlen; das heißt, dass bei gleicher versicherter Rente zum Beispiel eine jährliche Prämienzahlweise in der Summe insgesamt einen geringeren Prämienaufwand erfordert als eine monatliche Prämienzahlweise.

(2) Die Prämie müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Prämienzahlungsperiode.

(3) Die erste Prämie ist mit Aushändigung des Versicherungsscheines, nicht jedoch vor Versicherungsbeginn zu zahlen. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstermin zu zahlen.

(4) Zahlungen der Prämie an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

(5) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.

(7) Sie können mit uns eine Vereinbarung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, über eine zinslose Stundung der Prämienzahlung für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten schließen, wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Prämienzahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt und Ihr Vertrag mindestens ein Deckungskapital in Höhe der zu stundenden Prämien aufweist.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird.

Wenn Sie die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

Sie können Ihren Versicherungsschutz nach der Verrechnung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei darf die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente nach der Erhöhung höchstens so hoch sein wie vor der Stundung. Die Erhöhung ist prämienschuldig. Sie müssen die Erhöhung mit einer Frist von fünf Werktagen zum Ende der Stundung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, beantragen.

(8) Die Prämien Ihrer Versicherung sind insbesondere gemäß der Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss auf Basis des angegebenen Berufes der versicherten Person festgelegt worden. Wenn die versicherte Person bis zur Vollendung des 37. Lebensjahres ihren Beruf wechselt oder durch Weiterbildung einen Abschluss erwirbt, der in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union staatlich anerkannt ist, können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Berufswechsel oder dem Abschluss die Einstufung in eine günstigere Risikogruppe für die restliche Vertragslaufzeit überprüfen lassen. Bei Schülern gilt auch ein Wechsel der Schulart oder der Beginn einer Ausbildung oder eines Studiums als Berufswechsel.

Die Überprüfung erfolgt anhand

- einer dann gültigen vereinfachten Gesundheitsprüfung,

- mit Verzicht auf die Prüfung gefährlicher Sportarten und Hobbies sowie auf die Frage nach geplanten Auslandsaufenthalten,

- den Rechnungsgrundlagen und der Einteilung der Risikogruppen zu Vertragsabschluss.

- der für den neuen Beruf zum ursprünglichen Vertragsabschluss geltenden maximal zulässigen Endalter für die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer, wenn diese niedriger sind als im bestehenden Vertrag. Das heißt, dass die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer in diesem Fall auf diese für den neuen Beruf geltenden Maximalwerte reduziert werden.

Vereinbarte Zuschläge oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen. Ergibt die Überprüfung eine niedrigere Prämie bei unveränderter Versicherungs- bzw. Leistungsdauer und keine neuen Leistungsausschlüsse, setzen wir die Prämie zum nächsten Prämienzahlungstermin nach Eingang Ihres Antrages herab. Andernfalls oder wenn Sie der Änderung widersprechen, führen wir Ihren Vertrag unverändert fort.

§ 17 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

(1) Die Kalkulation einer Versicherung geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Vielzahl von Verträgen, die gleichartige Risiken absichern, gemeinsam verwaltet wird. Kosten werden daher nach für alle Verträge gleichmäßig geltenden Prinzipien pauschal erhoben.

(2) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen und die laufende Verwaltung des Versicherungsvertrages entstehen Kosten (Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten). Diese Kosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten umfassen insbesondere Abschlussprovisionen und Courtagen an die Versicherungsvermittler sowie Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen.

Für die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen.

(4) Die Verwaltungskosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung, für laufende Provisionszahlungen und die jährliche schriftliche Information.

Die Verwaltungskosten werden, soweit sie nicht mit der Prämie verrechnet werden, dem Deckungskapital entnommen.

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 20) ändert sich die Höhe der Verwaltungskosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der Verwaltungskosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobenen Verwaltungskosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der prämiensfreien Versicherungsleistung vorhanden sind.

§ 18 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Wir sind berechtigt, über die in § 17 beschriebenen Kosten hinaus für die nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle Kosten gesondert in Rechnung zu stellen. Diese

anlassbezogenen Kosten werden wie folgt ermittelt:

a) Fallen bei uns für einen der nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle interne Kosten an, wird Ihnen hierfür ein Pauschalbetrag in Rechnung gestellt. Der Pauschalbetrag wird von uns anhand der bei einem entsprechenden Geschäftsvorfall durchschnittlich anfallenden Kosten (Zeitaufwand, Personal- und Materialkosten) ermittelt. Im Einzelnen gilt:

- Für Vertragsänderungen, die eine technische Umstellungsberechnung erfordern (z. B. Verlängerung oder Verkürzung der Versicherungsdauer), erheben wir eine Gebühr in Höhe von 1 % der in Ihrem Versorgungskonzept genannten technischen Prämiensumme, höchstens jedoch in Höhe von 100 EUR.

- Wir erheben für eine nachträgliche Eintragung oder Änderung von Bezugsrechten neben dem Ersatz der Postgebühren eine Gebühr von 15 EUR.

- Wir erheben für die Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins eine Gebühr von 20 EUR, für die Ausstellung einer Abschrift des Versicherungsscheins eine Gebühr von 10 EUR und für die Ausstellung von Abschriften der Erklärungen des Versicherungsnehmers eine Gebühr von 8 EUR.

- Wir erheben für die Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 24), eine Gebühr von 10 EUR.

- Wir erheben für den Geldtransfer in ein oder aus einem Land außerhalb des SEPA-Zahlungsraums, eine Gebühr von 10 EUR.

- Wir erheben für die Ausstellung einer Prämienbescheinigung (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr), eine Gebühr von 5 EUR.

- Wir erheben für die Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht eine Gebühr von 15 EUR.

- Für Rückläufer im Lastschriftverfahren verlangen wir die hierdurch entstehenden Kosten, höchstens jedoch 5 EUR.

- Im Falle des Rücktritts gemäß § 19 Absatz 2 verlangen wir von Ihnen eine Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages, die sich auf 10 % der Prämien der ersten zwölf Monate ab Versicherungsbeginn beläuft.

- Wird eine Folgeprämie nicht gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung (§ 19 Absatz 4), für die wir eine Mahngebühr von 5 EUR erheben.

b) Werden uns für einen der vorgenannten Geschäftsvorfälle von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt (z. B. Gebühren für Lastschriftrückläufer, Porto, Überweisungen ins Ausland), werden Ihnen diese Kosten von uns in angefallener Höhe zusätzlich in Rechnung gestellt.

(2) Ihnen ist der Nachweis gestattet, dass für Ihren Geschäftsvorfall Kosten überhaupt nicht entstanden sind oder dass die für Ihren Geschäftsvorfall tatsächlich entstandenen Kosten niedriger sind als der Pauschalbetrag. Sie müssen in diesem Fall nur die tatsächlich angefallenen Kosten tragen.

§ 19 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zum Fälligkeitstag (§ 16 Absatz 3) eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - nach unserer Zahlungsaufforderung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(2) Wird die erste Prämie nicht fristgerecht (§ 16 Absatz 3) gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird. Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst diese Rechtsfolgen nicht aus.

(3) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben; dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(4) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig (§ 16 Absatz 3) gezahlt, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, können wir den Vertrag kündigen. Im Falle der Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämiensfreie Versicherungsleistung oder entfällt bei Unterschreitung der Mindestrente (§ 20) vollständig. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 20 Wann können Sie Ihre Versicherung prämiensfrei stellen?

(1) Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämiensfreie Versicherungsleistung in der Regel nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Eine Prämienfreistellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen.

Sie können in diesem Fall

a) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

b) sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämiensfreie Versicherung umgewandelt wird. Bei einer Prämienfreistellung setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf eine prämiensfreie Rente herab. Der für die Prämienfreistellung erforderliche Mindestbetrag für die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung beträgt 300 EUR. Ist eine Prämienfreistellung nicht möglich, erlischt die Versicherung ohne Wert.

Eine teilweise Prämienfreistellung ist nur möglich, sofern die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach der teilweisen Prämienfreistellung mindestens 300 EUR beträgt. Nach einer teilweisen Prämienfreistellung reduzieren sich die Prämie und die versicherten Leistungen.

(2) Wir berechnen die prämiensfreien Versicherungsleistungen gemäß § 173 Absatz 2 VersVG nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus dem Deckungskapital der Versicherung nach Abzug eines Stornoabschlags. Für den Stornoabschlag gilt § 21 Absatz 2.

(3) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

(4) Bei Prämienfreistellung wird der Rentenzuwachs (§ 15) auf Basis seines Deckungskapitals mit den für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen (§ 13 Absatz 11) neu berechnet. Nach der Prämienfreistellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 14 weiter.

(5) Sie können innerhalb von zwölf Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, verlangen, dass der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen wieder hergestellt wird (Wiederinkraftsetzung):

a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen,

b) die Prämienzahlungsdauer beträgt ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr, und

c) zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist nicht der Versicherungsfall nach § 2 eingetreten.

Bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach einer Prämienfreistellung können Sie die Prämien für den Zeitraum von der Prämienfreistellung bis zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nachzahlen.

Darüber hinaus können Sie eine Wiederinkraftsetzung mit Gesundheitsprüfung innerhalb von 36 Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, verlangen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen unter b) und c) erfüllt sind und die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen wird. Eine Nachzahlung der Prämien ist in diesem Fall nicht möglich.

Bei Wiederinkraftsetzung ohne Nachzahlung werden Prämie und Leistung mit den zu Vertragsbeginn gültigen Kalkulationsgrundlagen neu berechnet. Dies kann bedeuten, dass sich Ihre versicherte Leistung reduziert, wenn Sie die Prämienzahlung in der ursprünglich vereinbarten Höhe wieder aufnehmen, oder sich Ihre Prämie erhöht, wenn Sie die ursprünglich vereinbarte Leistung wiederherstellen.

Auf das Recht der Wiederinkraftsetzung werden wir im Rahmen der Prämienfreistellung hinweisen.

(6) Abweichend von Absatz 5 verzichten wir nach einer Prämienfreistellung aufgrund von

- Arbeitslosigkeit,
- behördlich bewilligter Kurzarbeitsunterstützung,
- beruflicher Auszeit von mehr als 12 Monaten (Absatz 7) oder
- Elternkarenz

der versicherten Person bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von

- 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder beruflicher Auszeit oder
- 36 Monaten bei Elternkarenz

auf eine Gesundheitsprüfung.

Voraussetzungen für die Abweichung von Absatz 5:

- Sie haben uns bei Prämienfreistellung den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternkarenz nachgewiesen.

- Ihr Vertrag bestand bei Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternkarenz seit mindestens einem Jahr prämiempflichtig.

- Sie weisen uns nach, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht oder als Selbständiger oder Freiberufler tätig ist.

- Sie nehmen die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung bei uns wieder auf.

- Die Prämienzahlungsdauer beträgt nach Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr.

- Zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist der Versicherungsfall nach § 2 nicht eingetreten.

Erreicht Ihre jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung nicht den Mindestbetrag von 300 EUR, verzichten wir bei einer Prämienfreistellung

aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternkarenz abweichend von Absatz 1 für die Dauer von 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit bzw. 36 Monaten bei Elternkarenz auf diesen Mindestbetrag. Dies bedeutet, dass Ihre Versicherung gemäß Absatz 1 erlischt, wenn Sie Ihren Vertrag nicht innerhalb dieses Zeitraums wieder in Kraft setzen.

(7) Eine berufliche Auszeit setzt voraus, dass der Arbeitsvertrag weiter besteht. Ein Beispiel dafür ist das Sabbatical.

V. Vorzeitige Beendigung

§ 21 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können unter Beachtung der in § 20 Absatz 1 genannten Termine und Fristen Ihre Versicherung jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles nach § 2 vollständig oder teilweise in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, kündigen. Wenn Sie die Versicherung kündigen, prüfen wir, ob eine Prämienfreistellung möglich ist. Die Auszahlung eines Rückkaufswertes ist ausgeschlossen. Es gelten die Regelungen von § 20. Ist eine Prämienfreistellung nicht möglich, erlischt die Versicherung ohne Wert.

Wenn Sie die Versicherung teilweise kündigen, muss die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente für den nicht gekündigten Teil mindestens 300 EUR betragen. Andernfalls ist die Teilkündigung nicht möglich.

(2) Der bei der Berechnung der prämiensfreien Leistung berücksichtigte Stornoabschlag beträgt 75 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten positiven Deckungskapitals der Versicherung.

Wir halten den Stornoabschlag für angemessen, da eine Kündigung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Sie sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versichertenbestand getragen werden. Diese Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Kündigung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Prämienkalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabschlag ausgeglichen.

- Die Kündigung führt zu einer Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes. Der Stornoabschlag soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Kündigung kein Nachteil entsteht.

- Sofern Sie die Gewinnzuteilungsform A im Rahmen der Überschussbeteiligung (§ 14) gewählt haben, beteiligen wir Sie im Voraus an Gewinnen, die zum Zeitpunkt Ihrer Kündigung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Gewinne werden mit dem Stornoabschlag ausgeglichen.

- Vorzeitige Vertragsauflösungen können je nach Kapitalmarktsituation zu einer Verringerung der Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestandes führen, die in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages durch den Stornoabschlag ausgeglichen werden.

- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Kündigung Ihres Vertrages gehen die Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand vorzeitig verloren und werden deshalb im Rahmen des Stornoabschlags in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabschlags tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen bzw. der Abschlag in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabschlag.

(3) Eventuelle Prämienrückstände werden bei der Berechnung der prämiensfreien Leistung berücksichtigt.

(4) Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

VI. Sonstiges

§ 22 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Pensionsversicherung erhöht wird, können Sie in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist, beantragen, dass die Dauer Ihrer Versicherung verlängert wird. Eine Verlängerung ist auch möglich, wenn Sie in einem berufsständigen Versorgungswerk versichert sind und die Regelaltersgrenze hier erhöht wird. Die Verlängerung erfolgt um volle Jahre, höchstens um die auf volle Jahre aufgerundete Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Sie können auch die Versicherungsdauer unverändert lassen und nur die Leistungsdauer verlängern.

Die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente bleibt unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir die Prämie bezogen auf die neue Versicherungs- und Leistungsdauer nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Kalkulationsgrundlagen zugrunde legen. Wir verzichten auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der Dauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der Erhöhung der Regelaltersgrenze.
- Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Dauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Dauer mindestens bis zum Alter 60 Jahre vereinbart.
- Die Versicherung ist nicht prämienfrei gestellt.
- Der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten. Stellt sich nach Wirksamkeit der Verlängerung heraus, dass ein Versicherungsfall bereits eingetreten war, entfällt die Verlängerung rückwirkend.
- Sie haben noch keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen oder beantragt.
- Das Endalter der Versicherung darf nach dem Verlängern nicht über dem für Ihren versicherten Beruf versicherbaren Endalter liegen.

§ 23 Was sind die Vertragsgrundlagen und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, das Versorgungskonzept, der Versicherungsschein sowie die Versicherungsbedingungen.

Wir als Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zu Grunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, D- 53117 Bonn.

§ 24 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht gesondert die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Unter geschriebener Form versteht man die Übermittlung eines Textes in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden (keine elektronische Signatur im Sinne des Signatur- und Vertrauensdienstgesetzes).

Für uns bestimmte Mitteilungen werden nur und erst dann wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Anschrift müssen Sie uns unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie gegebenenfalls von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb

genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich länger als sechs Monate außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums aufhalten, müssen Sie uns eine in der Republik Österreich oder der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

(5) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung in geschriebener Form, sofern nicht schriftlich vereinbart ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvermittlers zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.